

## LECCION II.

Diagnóstico de las enfermedades del aparato genital.=Signos subjetivos y objetivos.=Cómo y cuándo es llamado el médico á buscar estos últimos.=Exploracion y reconocimientos.=Instrumentos.=Generalidades sobre el tratamiento local.

### Señores:

En la leccion anterior dije, que lo que de especial tiene esta asignatura, se referia á lo que de singular presentan los caracteres relativos á ciertos hechos propios de un orden determinado de funciones, y á lo que podia generalizarse bajo el punto de vista de la Patogenia y del Diagnóstico. Vamos, pues, ahora á tratar de las generalidades del diagnóstico, que sobre ser una ventaja porque previenen una porcion de datos que mas adelante deberán ocuparnos, nos dan la medida de la extension que debe darse á ciertos juicios y á ciertas exploraciones.

Háse dicho, y no sin razon, que las enfermedades que se refieren al aparato generador de la mujer, tenian algo que las asemejaba á las enfermedades de la piel y á las afecciones de la vista, precisamente porque se podia leer en las afecciones de la matriz lo mismo que se puede leer en las citadas afecciones, ventaja inmensa para poder formular diagnósticos exactos: pero para llegar á esto es menester apreciar ciertos datos y tener en cuenta una porcion de cuestiones que se desprenden de este conocimiento; así por ejemplo, hay en todas las cuestiones que se refieren á las afecciones del ovario,

de la matriz, del aparato generador en general, algo que se puede apreciar por el simple raciocinio, basado en los signos subjetivos, al paso que hay otras cosas que no pueden apreciarse con exactitud sin contar con una sólida base de conocimientos ciertos, y esos son los que constituyen los signos objetivos sobre los que se funda el diagnóstico de estas enfermedades, como en muchos otros puntos de Medicina general, por ejemplo en las enfermedades del corazón y de los pulmones, pero de distinta manera cuando se trata de las enfermedades de estos últimos órganos. En ellos, aparte de aquellos datos de que nos dá cuenta el enfermo, vamos ya á buscar los caracteres que podemos llamar físicos, que se aprecian directamente por los sentidos, por la palpacion, percusion y auscultacion, por cuyo medio nos acercamos tanto á la realidad de las cosas, que el hombre práctico que tiene conocimiento de estas alteraciones, despues que ha auscultado el corazón, podria dibujarlo con todas las modificaciones que las enfermedades en él han producido. Estos procedimientos han hecho adelantar mucho la ciencia desde que Laennech usó la auscultacion para conocer las enfermedades torácicas hasta nuestros dias, en que se ha llegado á descubrir las cavidades mas ocultas á nuestra vista. Hay un invento muy reciente, el llamado *poliscopo*, que no es mas que la aplicacion de la luz eléctrica á las cavidades de la boca, del estómago, de la vejiga y los intestinos que podemos iluminar, y producir la transparencia del órgano y de las paredes que lo cubren. El ideal del instrumento de Trouvé es algo mas antiguo, supuesto que un Médico ruso inventó hace ya años un procedimiento de exploracion para las enfermedades internas que se llama *diafanoscopia*, á fin de apreciar los cambios anatómicos que pueden experimentar. La dificultad consistia en encontrar una luz eléctrica portátil y de poca intensidad para que no quemara los tejidos, que es lo que ha descubierto Trouvé. Este aparato, si bien tiene aplicacion especial para las enfermedades del oido y de la boca, puede aplicarse tambien al estómago, produciendo, no la transparencia clara, sino una media luz, sin que esto dé lugar á ninguna alteracion. Esto que se ha hecho respecto á enfermedades internas, se habia hecho para las enfermedades externas desde que se inventaron los medios para inspeccionarlas, y entre estos me-

dios debemos colocar en primer línea el espéculum, que es una manera de llevar á la matriz no solo un rayo de luz, sino tambien los medicamentos. Y aquí entra una de las singularidades de los medios diagnósticos, que son á la vez instrumentos y aparatos que sirven para el tratamiento sin necesidad de nuevas aplicaciones, de modo que al propio tiempo que sujetamos á la vista el tejido enfermo, podemos llevar á él un medicamento ó un medio en general que modifique aquellos tejidos, y de consiguiente podemos aplicar en el punto mismo de la lesion los tópicos oportunos para curarla; ventaja que no encontramos en ninguna otra especialidad, pues hasta en las enfermedades de la vista, como por regla general siempre se trata en ella de esos modificadores bastante profundos y que consisten en operaciones quirúrgicas, deben usarse diferentes medios é instrumentos. Antes de llegar á eso empero es conveniente plantear una cuestion capitalísima, que es el punto de partida de la buena conducta práctica y la base del criterio científico del Médico ginecólogo, que es el cuándo y cómo debe pasar á la investigacion de los caracteres objetivos, para poder formar juicio de las enfermedades del aparato generador.

¿Cuándo debe practicarse el exámen directo? A ningun patólogo se le ha ocurrido plantear esta cuestion, tratando de enfermedades de otro orden. Por regla general el conjunto de síntomas objetivos que se manifiestan como propios de las enfermedades torácicas, vienen mezclados con los que son síntomas subjetivos, de los que dá cuenta el mismo enfermo; pero aquí se trata precisamente de un aparato especialísimo bajo el punto de vista del decoro de la mujer, y para hacer esas exploraciones que podrian lastimar uno de los sentimientos mas nobles de la compañera del hombre, es preciso que exista una necesidad: sin ésta no debe hacerse tal exploracion. Muchas veces es conveniente y no es necesaria, y desde este momento lo mas justo es no practicarla á menos que la interesada convenga en ello; en otros casos es de absoluta necesidad, y entonces debe de todos modos hacerse. Por esto conviene establecer fijamente cuándo y cómo debe proceder el Médico á hacer este exámen ó exploracion, para sujetar á la apreciacion directa de los sentidos, especialmente del tacto

de la matriz, del aparato generador en general, algo que se puede apreciar por el simple raciocinio, basado en los signos subjetivos, al paso que hay otras cosas que no pueden apreciarse con exactitud sin contar con una sólida base de conocimientos ciertos, y esos son los que constituyen los signos objetivos sobre los que se funda el diagnóstico de estas enfermedades, como en muchos otros puntos de Medicina general, por ejemplo en las enfermedades del corazón y de los pulmones, pero de distinta manera cuando se trata de las enfermedades de estos últimos órganos. En ellos, aparte de aquellos datos de que nos dá cuenta el enfermo, vamos ya á buscar los caracteres que podemos llamar físicos, que se aprecian directamente por los sentidos, por la palpacion, percusion y auscultacion, por cuyo medio nos acercamos tanto á la realidad de las cosas, que el hombre práctico que tiene conocimiento de estas alteraciones, despues que ha auscultado el corazón, podria dibujarlo con todas las modificaciones que las enfermedades en él han producido. Estos procedimientos han hecho adelantar mucho la ciencia desde que Laennech usó la auscultacion para conocer las enfermedades torácicas hasta nuestros dias, en que se ha llegado á descubrir las cavidades mas ocultas á nuestra vista. Hay un invento muy reciente, el llamado *poliscopo*, que no es mas que la aplicacion de la luz eléctrica á las cavidades de la boca, del estómago, de la vejiga y los intestinos que podemos iluminar, y producir la transparencia del órgano y de las paredes que lo cubren. El ideal del instrumento de Trouvé es algo mas antiguo, supuesto que un Médico ruso inventó hace ya años un procedimiento de exploracion para las enfermedades internas que se llama *diafanoscopia*, á fin de apreciar los cambios anatómicos que pueden experimentar. La dificultad consistia en encontrar una luz eléctrica portátil y dé poca intensidad para que no quemara los tejidos, que es lo que ha descubierto Trouvé. Este aparato, si bien tiene aplicacion especial para las enfermedades del oido y de la boca, puede aplicarse tambien al estómago, produciendo, no la transparencia clara, sino una media luz, sin que esto dé lugar á ninguna alteracion. Esto que se ha hecho respecto á enfermedades internas, se habia hecho para las enfermedades externas desde que se inventaron los medios para inspeccionarlas, y entre estos me-

dios debemos colocar en primer línea el espéculum, que es una manera de llevar á la matriz no solo un rayo de luz, sino tambien los medicamentos. Y aquí entra una de las singularidades de los medios diagnósticos, que son á la vez instrumentos y aparatos que sirven para el tratamiento sin necesidad de nuevas aplicaciones, de modo que al propio tiempo que sujetamos á la vista el tejido enfermo, podemos llevar á él un medicamento ó un medio en general que modifique aquellos tejidos, y de consiguiente podemos aplicar en el punto mismo de la lesion los tópicos oportunos para curarla; ventaja que no encontramos en ninguna otra especialidad, pues hasta en las enfermedades de la vista, como por regla general siempre se trata en ella de esos modificadores bastante profundos y que consisten en operaciones quirúrgicas, deben usarse diferentes medios é instrumentos. Antes de llegar á eso empero es conveniente plantear una cuestion capitalísima, que es el punto de partida de la buena conducta práctica y la base del criterio científico del Médico ginecólogo, que es el cuándo y cómo debe pasar á la investigacion de los caracteres objetivos, para poder formar juicio de las enfermedades del aparato generador.

¿Cuándo debe practicarse el exámen directo? A ningun patólogo se le ha ocurrido plantear esta cuestion, tratando de enfermedades de otro órden. Por regla general el conjunto de síntomas objetivos que se manifiestan como propios de las enfermedades torácicas, vienen mezclados con los que son síntomas subjetivos, de los que dá cuenta el mismo enfermo; pero aquí se trata precisamente de un aparato especialísimo bajo el punto de vista del decoro de la mujer, y para hacer esas exploraciones que podrian lastimar uno de los sentimientos mas nobles de la compañera del hombre, es preciso que exista una necesidad: sin ésta no debe hacerse tal exploracion. Muchas veces es conveniente y no es necesaria, y desde este momento lo mas justo es no practicarla á menos que la interesada convenga en ello; en otros casos es de absoluta necesidad, y entonces debe de todos modos hacerse. Por esto conviene establecer fijamente cuándo y cómo debe proceder el Médico á hacer este exámen ó exploracion, para sujetar á la apreciacion directa de los sentidos, especialmente del tacto

y de la vista, el modo de ser del aparato generador. Para esto es menester que recorramos antes uno á uno los síntomas generales que son comunes á muchas dolencias, para poder apreciar su significacion y para que podamos decir cuáles de esos signos objetivos y subjetivos son los que obligan á la exploracion directa.

Dividiremos los síntomas en subjetivos y objetivos: los subjetivos son aquellos que siente la enferma, que se dá cuenta de ellos y que de la manera que ella puede hacerlo, los expone y los participa al Médico al interrogarla sobre su estado; y objetivos los que se aprecian al exterior, ya por medio de la exploracion ordinaria, ya por los medios diagnósticos especiales aplicados al órgano generador. Entre los primeros tenemos el dolor: se dice y se cree, no sin razon, que cuando un enfermo se queja, refiriéndose á un punto ú otro, estamos autorizados para creer que aquel punto está enfermo, y así en Medicina como en Cirujía, cuando un enfermo dice «me duele tal parte» vamos á examinar esa region. Lo mismo sucede con las funciones del aparato generador, acerca del cual se presentan diferentes clases de dolores, que no todos tienen igual importancia. Unos se sienten en la misma zona del aparato generador, otros son dolores lejanos que acusan la enfermedad, no en el punto en donde residen, sino en un punto distinto.

Por órden de importancia son estos dolores los siguientes: 1.º, dolor en el hipogastrio, en su parte mas profunda, que supone dolor en la matriz ó en los ovarios; 2.º, dolor en las ingles; 3.º, dolor en los vacíos; 4.º, en la region lumbo-sacra; 5.º, en los muslos y en las partes superiores del tronco, y 6.º, dolores vagos á diferentes distancias, que podemos calificar de neuralgias.

Cuando la mujer aqueja dolor en el hipogastrio ó en el fondo de la pélvis y region perineal, podemos referir la lesion causante de aquel á dos puntos, ó á la matriz ó á los ovarios; á uno de éstos desde luego, si es algo lateralizado y si se siente hácia la parte posterior ó á la region sacra. Suele proceder de una alteracion del útero, refiriéndose á él, especialmente cuando es gravativo el sufrimiento de la dismenorea congestiva; si es contínuo indica un estado morbozo permanente, si nó debemos suponerlo causado por uno de esos

estados pasajeros y variables respecto á su significacion. En cuanto á la manera de ser del dolor, eso que se conoce con los nombres de punjitivo, lancinante, terebrante, etc., tiene una significacion menos importante que lo que respecta al sitio y á la duracion, supuesto que una misma modificacion de los tejidos puede dar lugar á dolores de diferente carácter, así el dolor contusivo que vemos alternando con el punjitivo, en la mayor parte de las inflamaciones existe lo mismo en las dislocaciones, y el dolor lancinante, que se cree característico del cáncer, deja de existir muchas veces. Pero prescindiendo de esas ligeras modificaciones, cuando el dolor es como una sensacion de gravedad, como si se hubiera metido una cosa dentro la pélvis que impide los movimientos y el estar sentada, casi siempre se trata ó bien de una enfermedad que produce aumento de volúmen del útero ó una dislocacion de este órgano. Debe tenerse en cuenta que esos dolores se exacerban siempre que la mujer se pone de rodillas y calman cuando está echada, y ese carácter confirma la idea de una dislocacion que debemos suponer hácia adelante, hácia atrás ó hácia abajo, segun la impresion de estorbo y de peso se sienta en alguna de aquellas direcciones. El dolor de contraccion y que presenta intermitencias, indica un esfuerzo expulsivo y por lo tanto la presencia en la cavidad uterina de un cuerpo extraño ó que debe ser eliminado. Estos son los dolores especiales más significativos.

Despues sigue en importancia el dolor de las ingles, que puede residir en la matriz, en los ligamentos ó en el ovario, pero con más frecuencia en este último: casi siempre será referible á afecciones neurálgicas de esas que han llamado vitales ó dinámicas. Tales afecciones, que han sido entendidas como desligadas de toda lesion anatómica, es difícil admitirlas; las mismas neuralgias tienen explicacion racional en la anatomía patológica del sistema nervioso, y mucho más las del ovario, cuyas lesiones de tejido, aunque escapan á la exploracion superficial, hay medios de comprobarlas, ya por la inspeccion necroscópica, ya por los experimentos de gabinete (1). El dolor en la region lumbar ó lumbo-sacra que se

---

(1) Muchas veces se diagnostica un dolor de puramente neurálgico, idiopático ó esencial, y depende en realidad de una lesion de tejido, sobre todo de un engro-

observa en las afecciones de carácter congestivo, ha sido atribuido á la tirantéz de los ligamentos del útero y sobre todo de los posteriores que dijimos eran los mas importantes bajo el punto de vista de sostenerlo en posicion, y se supone que cuando pesa, mas tira de esos ligamentos, produciendo dolor lumbar. Otros suponen que se debe á la compresion del plexo de aquel nombre que es comprimido cuando este se encuentra aumentado de volúmen por alguna de las muchas causas que produce este aumento, ó bien que se encuentra mas desarrollado y comprimiendo partes que no debia comprimir.

En la region de los muslos constituyen la ciática uterina, forma especial poco comun, pero importante en las neoplasias malignas. Estos dolores, y en especial las neurálgias, aparecen en el histerismo, ese notable Proteo de la Patología, cuya verdadera naturaleza aun no está bien comprobada. Creen unos que es una neurose complexa del útero y del ovario, y otros que no es mas que una manifestacion multiforme de una neurose cerebro-espinal. Ambas opiniones tienen su razon de ser, aunque la última es la mas generalmente aceptada. Yo creo, sin embargo, que esta neurose cerebro-espinal viene muchas veces excitada por estados morbosos del ovario, y muy especialmente por los espasmos menstruales y la irritacion folicular. La doctrina que explica así muchos accidentes histerálgicos se funda en la observacion de hechos muy bien comprobados, y es muy racional atendido el funcionalismo de aquellos órganos. No cabe duda tampoco que pueden verse histerismos del todo independientes del útero, y así sucede en los accesos de esta índole que aparecen en el sexo masculino, y cuyas crisis son completamente parecidas á las de la mujer. Sea como quiera, es verdad que el dolor de la region ovárica llama la atencion del médico hácia este punto, y hemos visto muchas veces desaparecer dicho dolor, y con él las demás

---

samiento de la túnica de las vesículas, que por esta causa resiste á la dilatacion y á la ruptura. En otros casos es una alteracion del neurilema, y en muchos una verdadera compresion de los filetes nerviosos que animan el ovario, por la excesiva tontiedad de las fibras musculares de este órgano.—Nunca debe dejarse de explorar el ovario por medio del tacto vaginal y rectal, cuando el dolor no cede con los calmantes, pues de aquella manera es facil descubrir un estado anatómico (congestion ó inflamacion) que den razon del fenómeno *dolor*.



neuralgias que lo acompañan con solo practicar una fuerte compresion del útero á través de las paredes abdominales. Esto, por otra parte, no debe sorprendernos, sabiendo la íntima relacion que existe entre el útero y los gánglios de regiones muy apartadas.

Tenemos, pues, que el dolor en sus diferentes formas es sintomático de las afecciones varias del aparato generador, y de consiguiente en muchas ocasiones estamos autorizados para ir á buscar la causa al punto de donde parte. Sin embargo, aquí no existe la precision y fijeza que en otros síntomas, porque solo el dolor localizado en la matriz y cuando se hace notable por las modificaciones que sufre, ó por la relacion que guarda con los procesos menstruales, es cuando hay necesidad de pasar á la exploracion uterina; en los demás casos no será mas que uno de tantos datos para proponer la necesidad de explorar.

Otros síntomas subjetivos son las dificultades en los movimientos; no las verdaderas parálisis, sino mas bien esa forma particular de alteraciones de movimiento que se llama *paresia*, que se deja sentir en los aparatos musculares que están algo relacionados con la matriz, y en los que se encuentran mas abajo de ella, como los músculos de las extremidades inferiores; este estado tiene mas importancia cuando va acompañado del dolor y otros síntomas objetivos, porque indica, sino una lesion local, por lo menos una afeccion del útero que ha trascendido á la economía toda y se ha dejado sentir particularmente en la composicion de la sangre, de lo cual puede muy bien ser un síntoma dicho estado de paresia muscular.

Indicaciones mas seguras podemos sacar de los síntomas objetivos, refiriéndonos simplemente á los que estimamos sin necesidad de explorar el útero. Son estos la presencia de las diferentes clases de líquidos y sólidos y hasta de gases que pueden salir del aparato generador. En primer lugar podemos apreciar la leucorrea, que es la secrecion propia del aparato generador. En el estado fisiológico baña toda la mucosa que reviste el útero y la vagina una pequeña cantidad de moco segregado por los folículos; pero es en tan corta cantidad que no llega á salir al exterior, sirviendo solo para lubricar las partes; únicamente cuando sufre alteraciones



fisiológicas, como en los momentos que preceden á la menstruacion ó al parto, ó cuando existe alguna excitacion interna se activa la fuerza secretoria de los folículos, y aparece en mayor cantidad ese producto. Este es diferente segun de donde parte: el que sale del cuerpo del útero es puramente mucoso, su naturaleza se presenta al aspecto exterior como si fuese una clara de huevo pegajosa, de reaccion alcalina, no se disuelve en el agua como no sea muy caliente, y examinada al microscopio se encuentran una gran cantidad de corpúsculos mucosos, células de epitelio vibratil y una parte líquida poco abundante. Procede al parecer de la hipercriinia de las glándulas uterinas, siendo mas frecuente en las mujeres de edad que en las muy jóvenes. La secrecion del cuello no solo contiene los anteriores elementos, sino una gran cantidad de células de epitelio, glóbulos grasos y un plasma espeso y tenaz. A simple vista se presenta pegajosa, de un color mas amarillo, de reaccion alcalina, se pega á las paredes de los tejidos, y es en menor cantidad que la vaginal. La leucorrea vaginal se compone de gran cantidad de agua, es clara, mas bien parecida á un moco seroso de color amarillo, raras veces de color blanco, de reaccion ácida, está compuesta de gran número de células de epitelio pavimentoso y glóbulos de grasa: tambien tiene á veces una pequeña cantidad de infusorios, sobre todo del que se ha llamado *trichomonas vaginalis*; se ha encontrado tambien por algunos micrógrafos un pequeño hongo, el *leptotryx bucalis*, parecido al hongo que forma el muguet. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esos infusorios dependen regularmente de la falta de cuidado y de limpieza.

Finalmente, existe la cuarta variedad de leucorrea, que se segrega en la vulva y se encuentra mas bien compuesta de grasa procedente de las glándulas sebáceas de la region, cuya secrecion se activa siempre que exista algun pequeño estímulo. Tiene, pues, una significacion directa muy importante, y desde el momento en que hay leucorrea podemos decir que hay lesion del aparato, y que será conveniente reconocerlo para saber qué enfermedad es la que sostiene aquella secrecion.

Su carácter fisico no siempre es indicio seguro de su procedencia, aunque sea bastante fijo, tanto, que atendiendo á

los expresados caracteres químicos y microscópicos. Tyler Smith no las llama simplemente uterinas, cervicales, vaginales como Bennet, sino que llama á la primera y segunda mucosa, la tercera epitelial y la cuarta sebácea.

Siempre que la apreciemos debemos suponer que existe una causa que excita la actividad de las glándulas, supuesto que no hay secrecion espontánea, y por lo mismo cabe suponer una alteracion bastante grande en las condiciones anatómicas de esa mucosa. La exploracion será necesaria siempre que por otro medio no la podamos reconocer.

Otra clase de flujos son los sanguíneos.

Indudablemente de todos los síntomas objetivos es el que más nos dice respecto á la necesidad de la exploracion, cuando aparece, ya como exageracion de la hemorragia menstrual, ya extemporánea y por lo tanto desligada del proceso menstrual. Como cantidad solo tiene un valor relativo, pues esta suele depender mucho de condiciones individuales; es un detalle incompleto que nos dice poco respecto á su esencia; pero si llegare á exajerarse hasta constituir una verdadera pérdida, seria ya señal de una alteracion mas importante y exigirá el reconocimiento, puesto que las hemorragias no menstruales reconocen muy diversos orígenes: pueden ser debidas á una alteracion de la sangre, pueden ser efecto de un estado de congestion ó inflamacion, pueden depender de una alteracion varicosa de los vasos que circulan por la region, ó bien suponen una alteracion mas lejana, pudiendo proceder de una falta de involucion despues del parto ó acusar la presencia de enfermedades especiales neoplásicas, ya benignas, como los pólipos; ya malignas, como el cáncer: puede depender, en fin, de todos aquellos hechos que mecánica ó dinámicamente alteran el modo de ser del útero. Aquí nos encontramos ya con un signo mejor que la leucorrea, nos encontramos en el caso de explorar el aparato generador para averiguar cual sea la génesis de la hemorragia, puesto que de su naturaleza dependerá el tratamiento aplicable, y la ocasion de elegir entre los diferentes medios con que se vá á atender.

Otra clase de síntomas generales son las pérdidas acuosas. No tan frecuentes como las mucosas y sanguíneas, se puede dudar aquí si proceden de quistes ó de una hidrómetra. Esto

último suele ser lo mas probable. Como es poco frecuente tiene poca importancia, pero debe tomarse en cuenta, porque hace preciso explorar la causa ya que segun ella sea resultará especialmente atendible. Se citan las pérdidas de gases las que casi siempre suponen una comunicacion del aparato generador con el aparato intestinal, y lesiones de otro orden.

Debemos colocar al lado de los signos especiales que acabamos de citar otros datos que están entre los subjetivos y los objetivos. En primer lugar tenemos las dificultades de la menstruacion; la dismenorrea, que constituye por sí sola una enfermedad, pero que aparte de la entidad morbosa, que exige un capítulo de la Patología, hay una dismenorrea sintomática separada de otros signos visibles, que nos hace prever que existirá algo que se debe explorar, puesto que las relaciones que tenga con el estado anormal no podemos apreciarlas indirectamente; forma especial de dismenorrea que quizá esté sostenida por una dificultad de carácter mecánico; pero como esto se presenta en mujeres jóvenes y vírgenes, de aquí la dificultad de pasar á las exploraciones como no se presente la necesidad absoluta hija de la oclusion mecánica del conducto genital.

Al lado de la dismenorrea existe otra forma de alteracion ó dificultad en las funciones á que se ha llamado amenorrea, la cual no solamente puede suponer una alteracion mecánica, sino una completa obliteracion de la vagina ó cuello, por la presencia de un diafragma ó tabique que forma un obstáculo solamente vencible por los medios quirúrgicos.

Todos esos estados, todas esas alteraciones que son en parte subjetivas y en parte objetivas, supuesto que unas y otras las aprecia la mujer y las puede apreciar el Médico, vienen á constituir otros tantos datos sobre los cuales se formulan los principios diagnósticos.

Reasumiendo diremos: que siempre y cuando se trate del síntoma subjetivo dolor y del signo paresia, como se trate del dolor propio ó existente en el mismo aparato generador, estamos autorizados para ir á buscar la causa de la enfermedad, y si se trata de una mujer en la cual haya menos repugnancia por su estado social, pasaremos desde luego á la exploracion. Cuando se trate del signo subjetivo leucorrea y que sea bastante acentuada para producir una pérdida, ó bien

porque se vea que escoria los tejidos donde toca, estamos en el caso de buscar la causa si la mujer nos autoriza á ello, y solo estaremos *obligados* al reconocimiento si es de tal suerte que haga suponer una desorganizacion del aparato. Si se trata de las hemorragias independientes de la menstruacion, estamos obligados á buscar la causa, que será grave siempre, y pocas veces podrá atenderse bien sin recurrir á medios de accion local. Finalmente, cuando se trata de las alteraciones de este aparato por la dificultad en sus funciones menstruales, en general no estamos obligados como no lo solicite la mujer, á menos que se trate de una obstruccion completa del conducto, en cuyo caso será necesario para poder saber en donde existe el obstáculo, como tambien para destruirlo.

Para poder apreciar estos objetos, existen diferentes clases de instrumentos, los cuales es preciso conocer. El arsenal quirúrgico, que se refiere á la exploracion y tratamiento de las enfermedades del aparato generador es muy grande porque de cada instrumento se han construido muchos modelos, supuesto que cada maestro ha tenido á bien modificar los instrumentos para darles aplicacion á casos particulares. El primero de todos es el espéculum que se puede decir que es el tipo de los instrumentos aplicados al diagnóstico de las enfermedades uterinas; el espéculum es un aparato en forma cilindrica ó en forma de cono simple, destinado á dilatar la vagina. Modificado ese instrumento de cierta manera sirve no solo para dilatar la vagina sino para ponerla en descubierto y poder apreciar el estado de la mucosa que la reviste. El primer espéculum era simplemente un cilindro metálico ó de madera, y despues de haberse hecho de diferentes formas, y complicado hasta el extremo, se ha venido á parar al instrumento primitivo puesto que el espéculum de Fergusson es hoy el más usado. Consiste este en un cilindro de cristal que está plateado ó azogado de manera, que su superficie interna es un espejo, y su superficie externa está recubierta de una capa de caoutchouc sólido, lo cual le dá una gran limpieza, finura y seguridad para manejarlo; la parte inferior está abierta en forma de campana ó pabellon; la parte superior está cortada á bisel; en toda su extension tiene el mismo diámetro. El único inconveniente que tiene es el de ser muy frá-

gil. Los hay de diferentes calibres, generalmente se reúnen tres que vienen metidos uno dentro de otro y se designan con los números 1—2—y 3. El 1 es de menor diámetro, como de 1  $\frac{1}{2}$  centímetros, y se puede aplicar hasta á las mujeres vírgenes; á este sigue el número 2, dentro del cual puede encajar el 1, y finalmente el número 3 que es el que se usa generalmente para las mujeres que han parido. Existe aún otro de diámetro mayor, el n.º 4; pero solo es aplicable á una vagina muy dilatada para que permita su paso: de la misma forma los hay de cristal sin azogar, de porcelana, de marfil, etc. Todos ellos son de aplicacion especial á diferentes casos pero no de uso general. El de cristal azogado es el que tiene más aplicacion y el que puede servir tanto para la exploracion, como para la aplicacion de diferentes medios terapéuticos á la misma region.

Son muchas y muy variadas las formas que se han dado al espéculum como instrumento de exploracion. El primero que se adoptó fué cilindrico generalmente metálico ó de madera; este es el primitivo espéculum, del cual se han sacado luego las diversas modificaciones que poseemos. Si lo comparamos con el actual espéculum de Fergusson apenas encontramos mas diferencia que en el material de construccion y en las dimensiones, pues aquél era de plomo ó zinc, y el de Fergusson es de cristal azogado, lo cual tiene la ventaja de una suma limpieza, la de evitar los contagios que pudieran ser efecto de la impregnacion de líquidos morbosos y ser de fácil manejo por tener los bordes redondeados, y bastante gruesos para no molestar á la enferma ni lastimar los tejidos. Además de esto, como abarca bastante espacio y recoge bien la luz, tiene todas las condiciones de un verdadero espejo, proporciona una iluminacion perfecta del fondo de la vagina y cuello uterino, siendo por lo mismo fácil estimar los caracteres de color, humedad ó sequedad, textura, presencia de sustancias extrañas y demás circunstancias apreciables por la vision que puedan encontrarse en la region explorada.

No voy á describir las numerosas variedades de espéculums inventados, y me limitaré á citar cuatro modelos, que pueden subvenir á todas las necesidades, y son los más generalmente usados; estos son: el de Fergusson cilindrico; el

de tres y cuatro valbas, de Gueride; el de Cusco, trivalbo, y el de Simps, de forma de pico de ganso.

El espéculum cilíndrico de Fergusson está ya descrito.

El espéculum trivalbo ó cuadrivalbo, ofrece diferentes formas, pero creo preferible el de Gueride. Consta este de cuatro valbas articuladas de suerte que al cerrarse representa un cono de vértice pequeño y redondeado. Esta circunstancia facilita la introduccion sin necesidad del conductor de madera en forma de balano que tiene el espéculum de Ricord, el de Bennet y en general todos los compuestos de muchas valbas. Ese conductor constituye en los citados instrumentos el inconveniente principal, pues es muy difícil retirarlo una vez introducido sin abrir del todo el espéculum. Gueride ha corregido este inconveniente reuniendo el vértice de las valbas en forma de cono, y manteniéndolas cerradas á beneficio de un muelle colocado en la base, que se retira una vez introducido el instrumento en la vagina. Al abrirlo á beneficio de los mangos que tiene en la base, se desarrolla un campo de vision muy extenso que abraza perfectamente el cuello uterino por grande que sea y permite reconocer los fondos de saco vaginales: al propio tiempo, como al separarse las valbas dejan entre ellas espacios triangulares muy extensos, se descubre perfectamente la vagina en toda su extension. A mayor abundamiento la valba superior y la inferior pueden desarticularse y retirarse con suma facilidad, aun despues de colocado en su sitio, lo cual amplía sobremanera las aplicaciones del instrumento para el diagnóstico y el tratamiento de afecciones uterinas y vaginales. Tiene, sin embargo, el inconveniente de todos los espéculums de desarrollo, esto es, el de pellizcar la mucosa vaginal y hasta el cuello del útero cuando se cierra para retirarlo.

El espéculum bivalbo de Cusco es el tercero que hemos mencionado. Las valbas del mismo son anchas, semiplanas, pues es muy ligero el seno de su concavidad interna, los bordes se tocan casi en toda su extension, representando una especie de cuña aplanada, terminada en un borde romo, por lo cual tampoco necesita conductor. Su forma se asemeja á un pico de ganso (1), y en Inglaterra es conocido con este

(1) Llámale doble *pico de ganso* para distinguirlo del de Simps que tambien es llamado *pico de ganso simple*

nombre. Su introduccion no es tan fácil como á primera vista parece, pues debe empezar por atravesar la vulva con el borde hácia arriba, y una vez vencido el esfínter de la vagina, darle media vuelta para que se adapten sus dos caras á las caras anterior y posterior de la vagina. Las valbas se separan por medio de un tornillo que existe junto al mango, y que facilita bien su dilatacion, siendo instrumento que se puede mantener solo en su sitio sin necesidad de sostenerlo.

Tiene el inconveniente de que al llegar al extremo de la vagina suele colocarse el pico en el fondo de saco posterior, y entonces al abrirlo queda el cuello uterino fuera de las valbas é impelido hácia adelante. Para evitar esto, el Dr. A. Guerin ha modificado el instrumento, construyéndolo de manera que la valba anterior se desliza hácia abajo, y al introducirlo quedan las dos separadas en el vértice como unos dos centímetros. Una vez colocado, la valba posterior ocupa el fondo de saco vaginal posterior, encima de su concavidad descansa el cuello del útero, y la valba anterior no llega á éste. Abrese dando vueltas al tornillo, y cuando esta valba ha rebasado el nivel del cuello, se la empuja y queda colocada en el fondo de saco anterior, comprendiendo perfectamente entre ambas el cuello uterino (1). Otra modificacion del mismo instrumento es el de construirlo en forma de parrilla, sustituyendo las dos placas por unas varillas metálicas, que dejan ver completamente toda la mucosa vaginal.

Finalmente tenemos el último modelo en el espéculum ó cuchara de Sims. Consiste en una doble cuchara metálica cóncava por dentro, convexa por fuera, unidas por una especie de mango, con la cual se deprime la pared posterior de la vagina, dejando en descubierto la pared anterior y el cuello uterino. Llámamla algunos *de forma de herradura*, y en verdad se aproxima á ello. Es instrumento muy útil para las operaciones que tienen que practicarse en la vagina, y casi necesario para operar las fistulas vesico-vaginales. Tiene, á lo menos para nosotros, pocas aplicaciones para la exploracion,

---

(1) Mr. Alph. Guerin usa constantemente este espéculum, y resuelve con él todas las dificultades de la exploracion, con una facilidad que le envidiamos, porque siempre hemos hallado insuficiente para muchos casos el espéculum de Cusco, siendo uno de sus defectos mas atendibles, su poca longitud.



pues para este caso se necesita el auxilio de un ayudante que comprima con un depresor la pared anterior de la vagina.

El utilizar uno ú otro de estos instrumentos, y de los muchos que con igual objeto se han construido, es cuestion de hábito, pudiendo decir que cada profesor trabaja mejor con el que tiene más costumbre de usar. No titubeamos sin embargo en afirmar, que el más cómodo y que tiene más generales aplicaciones es el de Fergusson, cuyo manejo se aprende con snma facilidad.

Despues del espéculum, cumple hablar de los demás instrumentos para la exploracion, y primero que todos de la sonda uterina. Este instrumento, del cual parece se tenia ya alguna idea antiguamente fué dado á conocer en 1828 por Lair, y definitivamente aceptado por Simpson en 1843. La sonda de Simpson puede servir de tipo para su descripcion. Consiste en una varilla metálica que se adelgaza del mango á la punta, siendo en esta del grosor de una algalia del núm. 3, y en la parte mas gruesa del núm. 8. Por este extremo tiene un mango del mismo metal, aplanado para facilitar su prension, por el otro extremo termina en un botoncito redondeado ú olivar. Su longitud es de 22 á 25 centímetros, y está graduada por divisiones en centímetros y milímetros, con lo cual puede apreciarse siempre á qué altura se introduce. Se construye de plata, de melchior ó de otro metal no oxidable. A los 64 milímetros del boton tiene una pequeña eminencia que indica la longitud normal del útero, y que al introducir el instrumento hasta el fondo de este, sirve de punto de comparacion para apreciar el aumento ó disminucion de la cavidad. Suele tener una corvadura en ángulo obtuso al nivel del punto que marca la longitud normal de la cavidad, pero para usarse mas holgadamente, es preferible que la corvadura se halle entre dicho punto y el boton terminal.

Valleix, Huguier y Kiwisck tienen modelos propios que solo difieren del descrito, en que tienen el mango de madera, diferente graduacion, y el primero de ellos una especie de corredera movible á lo largo del estilete por medio de un vástago, que sirve para marcar el punto hasta donde ha penetrado la sonda.

La de Simps es casi igual á la de Simpson, con la única diferencia de ser fabricado de una aleacion que le dé una

gran ductilidad para poderlo doblar á la altura y de la manera que mejor convenga.

La sonda metálica puede ser substituida por candelillas flexibles, ó cateteres de ballena en los casos en que la rigidez de aquella no permite su introduccion.

El cateterismo del útero es hoy usado por todos los ginecólogos á pesar de la opinion de los que creen que puede ser perjudicial. A la verdad es que este peligro no existe, siempre y cuando sepa manejarse bien, si se exceptúan los casos en que existiere un embarazo, pues entonces produciria la perforacion de las membranas y consecutivamente el aborto. En tal situacion no debe practicarse el cateterismo.

Este se completa con la dilatacion del cuello, despues de la cual es mas fácil introducir la sonda, y hasta se podria introducir el dedo. Para esto nos valemos de los tallos de *laminaria digitata*, para las primeras dilataciones, y para las mayores de los conos de esponja preparada.

El número y extension de los conocimientos que adquirimos aumenta si despues de haber llegado con la tintera y con el dedo á la cavidad del cuello podemos llevar la luz, procedimiento que aplicado al útero le llamaremos *uteroscopia*. El instrumento que para esto sirve es una sonda uterina de mucho mayor calibre que las ordinarias, recta, hueca y que no puede doblarse, cilindro de metal que está en comunicacion por la parte inferior con un aparato de iluminacion que puede ser una lámpara ordinaria con un reflector, ó bien puede ser, y es mucho mejor, por medio de la luz eléctrica. Se coloca el instrumento en la cavidad interior y enseguida se coloca la lámpara de modo que vaya á pasar el rayo de luz al centro del espejo reflector y por aquí va directamente á parar al punto donde toca la extremidad abierta del endoscopio. El ojo se aplica enseguida á un agujero que el espejo tiene en su centro.

Por este medio bien manejado pueden apreciarse los caracteres de color y textura de la mucosa interior, la presencia de granulaciones, cuerpos extraños, etc., sin embargo el endoscopio tiene, aplicado al útero, los mismos inconvenientes que para la vejiga, porque la zona que se explora tiene muy poca extension, hay una superficie reducida y no puede hacerse recorrer al endoscopio toda la cavidad del útero. Existe ade-

más la dificultad de manejarlo, así es, que está limitado su uso á la clínica como medio de enseñanza.

Con el mismo objeto se han ideado espéculums intra uterinos con mecanismo parecido al de los vaginales, pero mucho más pequeños, que dilatan sus paredes y pueden completar los medios de exploracion y de diagnóstico. Hay otra porcion de instrumentos, los que reunidos, constituyen la llamada bolsa ó saco del Ginecólogo.

Esa bolsa puede contener muchos instrumentos ó al contrario los mas precisos. En este caso solo tiene tres espéculums los tres números de Fergusson, uno introducido dentro del otro, y estos á su vez en una caja cilindrica, unas pinzas uterinas desmontadas pero metidas dentro del espéculum y un porta-cáustico; esta es la mas pequeña y viene á ser como una bolsa de cirujía. El saco de Barnes contiene casi un arsenal, una porcion de espéculums, pinzas de curacion, pinzas de diferentes formas, porta-cáustico de diferentes clases, pinceles y esponjas, el endoscopio, una porcion de frascos con medicamentos y tiene la forma de un saco de viage. Es sumamente engorroso é incómodo.

Yo prefiero la cartera ó maleta que contiene: tres espéculums de Fergusson; el espéculum de Cusco en forma de parrilla; un porta-cáustico de los llamados de tres usos que sirve para lápiz de nitrato de plata, para cáusticos pastosos y porta-esponjas: el lapicero ó porta-cáustico pastoso se enrosca en el punto conveniente de un extremo del cilindro que es de ébano y en el opuesto se enrosca al porta-esponjas para hacer las curas. El porta-cáusticos con el cual se toca la superficie del cuello con el algodón ó la esponja, tiene además su correspondiente receptáculo para cilindros de repuesto. Lleva además la cartera una sonda uterina de Simpson, una geringa de inyecciones intra uterinas. Este instrumento se compone de una cazuela de guttapercha dura que termina en un agujero capilar que se le puede dar la direccion que se quiera con el objeto de dirigir el chorro líquido al punto donde convenga y de un cuerpo de bomba un poco más grande que el de las geringas de inyeccion hipodérmica graduado por gotas. Las dos partes del instrumento se enrosca, se llena el cuerpo de bomba con la cantidad de líquido que quiera inyectarse y se introduce como la sonda uterina, apretando luego

el émbolo del mismo modo que se hace en las inyecciones hipodérmicas. La bolsa puede contener un estrangulador lineal que suele ser un modelo pequeño del estrangulador ó magullador de Chasaignac, ó bien en su lugar un aparato aprietanudos de cadenilla formada ésta con hilo metálico. Finalmente contiene tres frascos para llevar las sustancias de más uso en las curas como, la tintura de yodo, ácido crómico ó el nitrato ácido de mercurio, dando la preferencia al crómico porque se puede conservar sólido, y percloruro de hierro, sustancias generalmente todas de necesidad cotidiana.

No basta empero saber qué instrumentos se usan, es necesario saber cómo debe hacerse, y por consiguiente explicar los procedimientos para la exploracion del aparato genital. Lo primero que hay que hacer es colocar á la mujer en la posicion debida: la postura que para esto adoptamos es muy parecida á la que dijimos se usaba para las operaciones obstétricas, echada en la cama de modo que el periné venga á coincidir al borde casi fuera de ésta, los piés lo más elevados posible porque de esta manera se presenta mejor á la exploracion: no hay necesidad de descubrir más que lo preciso para la colocacion del espéculum. Cuando se practica en casa donde hay los medios oportunos, y en los hospitales, la exploracion es bastante fácil, pero en las casas particulares donde la cama es baja y además se hunde bajo el peso del cuerpo, difficilmente se puede explorar, sobre todo cuando se trata de una mujer obesa. Entonces usamos el decúbito lateral izquierdo que es el método que generalmente adoptan los médicos ingleses: en este caso la mujer se acuesta de modo que el periné corresponda al plano lateral de la cama, el profesor sentado al lado de esta.

Este procedimiento es menos repugnante para ellas, puesto que les es mas natural y menos incómodo, pero necesita algun hábito para practicarlo con holgura. Generalmente antes de aplicar el espéculum se practica la exploracion por el tacto, por el cual se puede reconocer la posicion que guarda la matriz. Como cuando la mujer se acuesta ó se echa, la matriz cambia algo de posicion, procuramos hacer este reconocimiento estando de pié; de ordinario cuando la matriz está en su sitio normal, el dedo llega con trabajo á reconocer bien el cuello del útero, siendo preciso introducir entre los dos lábios

parte de la mano. Si, pues, encontramos muy pronto el útero, es señal que hay algo de descenso. Reconocido esto, que tiene dos ventajas, 1.º saber si está ó no el útero en su sitio y la direccion del cuello, y 2.º reconocer el estado de la vagina, si tiene granulaciones, si hay aumento de calor, si hay leucorrea, etc., se pasa á la exploracion con el espéculum. Supongamos el procedimiento clásico ó sea aquel en que la mujer se coloca en decúbito supino acostada en un aparato como el que existe en las clínicas ó sea una cama bastante elevada. El médico se coloca delante de la enferma y previamente untado el espéculum con una sustancia grasa cerato, manteca ó aceite, la glicerina fenicada, la cual es muy preferible, sobre todo por sus propiedades antisépticas ó bien la vaselina, que es el mas moderno, se toma el espéculum con la mano derecha, con dos dedos de la mano izquierda se separan los labios mayores y menores, sobre todo cuando la mujer ya ha parido, pues si se llegan á cogerse con el instrumento causa dolores muy incómodos, y pasa por entre ellos el espéculum hasta vencer el esfínter de la vagina, dirigiéndolo hácia la parte posterior como si se fuese á buscar el recto; de esta manera nó se lastima la region anterior de la vagina que es donde está el meato urinario y el clitoris y es la operacion menos sensible. Cuando por primera vez se introduce el espéculum á una mujer, se espasmodiza, el esfínter de la vagina se cierra con fuerza, y es fácil que tengamos que dejarlo: en otros casos es practicable la dilatacion con uno de los dedos de la mano y sirviendo éste de conductor se hace penetrar el espéculum. Una vez vencido el esfínter no se dirige hácia atrás sino hácia arriba, siguiendo el eje de la pélvis, tal como dijimos debe practicarse para los efectos relativos á obstetricia atendiendo á esto se ha de introducir el espéculum lo mismo que se introduce la mano y el forceps. Si se hace así y se marcha con cuidado, penetra á lo largo de la vagina con suma facilidad y cuando está bien encentrado aparece enseguida en la parte superior el cuello uterino. Si no apareciere, se le comunica algun movimiento de rotacion con lo cual se consigue casi siempre encentrarlo. Cuando despues de buscar con tanteos no podemos alcanzar el cuello del útero, es que existe ó una anteversion ó una retroversion: en tal caso se trata de mover el cuello comprimiéndolo con una bola

de algodón sostenida por unas pinzas, en el sentido de la dirección que queremos comunicarle. A menudo se consigue el objeto propuesto y entonces aparece el cuello con sus caracteres propios, y los que corresponden á la enfermedad que padece y que apreciaremos con todos sus detalles despues de lavado por medio de un chorro de agua. Cuando se hace la exploracion estando en decúbito lateral, una vez colocado el espéculum se ha de tener en cuenta que lo que corresponde á la parte superior es el lado derecho y así todo el cambio de planos; de este modo es como tenemos que combinar los efectos de la vision. El espéculum se introduce entonces horizontal en vez de introducirlo vertical.

El manejo de la sonda no es difícil. Colocado el espéculum se lleva la sonda hasta el cuello del útero procurando no lastimarlo al ir introduciendo por el conducto cervical y al tantear para vencer la resistencia del orificio interno. Cuando se maneja bien la sonda se introduce sin necesidad de grandes trabajos, sin dolor ninguno, sin lastimar á la mujer y llega hasta la misma cavidad apreciando todos sus caracteres, como por ejemplo; si hay algun cuerpo extraño, si hay algun tumor ó si tiene las dimensiones normales. Para esto aprovechan las señales que tiene marcadas en el tallo; por ellas podemos perfectamente conocer la altura de la cavidad, al paso que recorriéndola con el extremo de la sonda nos damos cuenta de sus dimensiones trasversales y de los accidentes que puede presentar en toda su superficie.

Como complemento de lo expuesto debemos decir que, los medios de exploracion de que acabo de dar cuenta, sirven como preliminar necesario para el tratamiento local. Este es extensísimo y debe darse cuenta de él para cada caso particular. Ahora solo adelantamos unas pocas ideas generales, empezando por sentar que debe comenzarse siempre por la introduccion del espéculum y si se tiene que llevar algun medicamento á la cavidad del cuello ó del cuerpo, practicar la dilatacion con las tientas-esponja. Enseguida se pasa á la aplicacion de los medios curativos tópicos sobre el cuello.

Estos pueden ser líquidos, sólidos y pulverulentos. La aplicacion de líquidos se hace por medio de hisopos, pinceles ó por inyeccion; los sólidos suelen ser grasosos en forma de pesslerio, en este caso quedan retenidos por la retractilidad de las

paredes de la vagina; los pulverulentos se colocan por medio de aparatos insufladores siendo los medicamentos así aplicados los polvos de alumbre, sulfato de zinc, los calomelanos, etc. Se puede llevar dentro del útero el porta-cáusticos y sobre todo la jeringa uterina, que se usa lo mismo que la sonda y con la que no debe introducirse más líquido que el que quepa en esta cavidad, pues á ser excesivo podria introducirse por las trompas y producir una peritonitis; yo sin embargo he usado muchas veces en cantidades bastante crecidas la solucion de percloruro de hierro y nunca ha sobrevenido ningun accidente.

Finalmente, además de las cosas indicadas, pueden practicarse en el cuello del útero y en la cavidad incisiones, escarificaciones, extirpaciones, ligaduras de tumores, cauterizaciones con el hierro candente etc., siempre partiendo del principio, que, á parte las leyes generales de exploracion que acabamos de mencionar, en lo demás deben sujetarse todas las operaciones á las generales de la cirujía operatoria, y á las especiales que reclame cada caso particular.

---

## APÉNDICE

### Á LA LECCION SEGUNDA.



*Sobre la sonda uterina y las tientas-esponjas.*—El uso de la sonda uterina, tan generalizado en nuestros días, ha sido alternativamente preconizado y combatido por los autores. Debemos decir, en honor de la verdad, que los especialistas ginecólogos no la rechazan por lo general, sino que la oposicion viene de parte de los patólogos. Dicen estos que, basta considerar la facilidad con que la inflamacion se desarrolla en el útero y se propaga á sus anejos, sobre todo al peritonéo que reviste la pélvis, para rehuir la introduccion en la cavidad uterina de un cuerpo extraño, á menos que exista una absoluta necesidad. La sonda añaden, no es necesaria para el diagnóstico, puesto que una mano hábil combinando el tacto vaginal y la palpacion, puede resolver todos los casos, y desvanecer todas las dudas que se ofrecen en un exámen local.

Nosotros no participamos de estas ideas. Desde luego los peligros de la introduccion de la sonda en el útero, son poco menos que imaginarios; el dolor producido por la introduccion es poco intenso y pasajero y nunca se ven desagradables consecuencias cuando se maneja bien el instrumento. Es verdad que la torpeza ó la temeridad pueden ser dañosas, porque llevan el instrumento por donde no debe ir, y fuerzan y lastiman los tejidos; pero esto no puede servir para establecer una regla que se oponga á un uso bien regulado, suponiendo, como debe creerse, que el que maneja el instrumento se halla suficientemente instruido y hábil para hacerlo conforme el arte aconseja.

Por otra parte, las nociones que nos proporciona la sonda uterina son muy notables y difíciles de alcanzar por cualquier otro medio diagnóstico, y muchas veces imposibles del todo de apreciar. Así, pues, si en una enferma que padece frecuentes y pertinaces hemorragias, apreciamos por medio del cateterismo uterino que la ca-



vidad es mayor, más extensa, deducimos inmediatamente la presencia en la misma de un cuerpo extraño, como pólipo ó tumor fibroso al cual se debe indudablemente la pérdida sanguínea. Cuando, dada la existencia de un tumor, estamos en duda acerca de su punto de inserción, si es la matriz ó los anexos, ú otro órgano próximo, el uso de la sonda nos permite estimar el peso, volúmen y capacidad del útero, aislar éste del tumor, sino radica en él, y fijar por ende la dependencia ó independencia de los dos puntos explorados. Por último, si sufre el útero una flexión sobre sí mismo, ya anterior, ya posterior, el diagnóstico diferencial con otros estados morbosos, no es posible mas que por el cateterismo, el cual facilita tanto el conocimiento de los caracteres propios de las flexiones, que hoy pueden diagnosticarse éstas como si se tratara de una enfermedad completamente externa.

El cateterismo uterino puede hacerse, conforme decimos en esta lección, previa la colocación del espéculum, lo cual tiene la ventaja de poder guiar el instrumento con la vista. Pero puede hacerse también, y algunos profesores lo prefieren directamente, sin colocar el espéculum. Para esto se introducen en la vagina dos dedos de la mano izquierda que deben subir hasta colocarse detrás del cuello del útero en el fondo de saco posterior, estando la mujer acostada sobre el dorso ó sobre el flanco izquierdo: la sonda cogida con la mano derecha se desliza á lo largo de los dos dedos introducidos en la vagina y se introduce hasta que el pico toca el orificio externo del cuello. Entonces se baja el mango hácia el periné, al propio tiempo que se empuja suavemente hácia dentro, con lo cual penetra perfectamente por el cuello y cavidad uterina.

Como complemento del cateterismo hemos dicho que existe la dilatación del cuello por medio de las tientas-esponjas ó de los tallos de laminaria, procedimiento que no solo es de utilidad para establecer los diagnósticos, sino que constituye por sí solo un eficaz tratamiento de muchas dolencias. El uso de la esponja comprimida en la terapéutica uterina se debe principalmente á Simpson, después del cual se ha generalizado su uso en Inglaterra, y empieza también á ser común en todo el continente.

Para las exploraciones podemos valernos de los tallos de *laminaria digitata*, de diferentes calibres que se expenden perfectamente preparados y provistos de su correspondiente fiador. Cuando usamos la esponja, ya desde su principio, ya después de haber conseguido el primer grado de dilatación con la laminaria, utilizamos las que se encuentran en las oficinas de farmacia; se les quita el hilo, y se les dá la forma cónica cortando y afilando uno de los extremos; de esta suerte se pueden obtener diversos conos para las

diferentes necesidades de la práctica. Para colocarlas debe seguirse el procedimiento siguiente: La enferma está en decúbito supino ó en el izquierdo y se introduce el espéculum de Fergusson. Si el cuello del útero no se encaja bien en la abertura interna de este instrumento puede sujetarse por medio del pequeño tenáculum de Simpson, según el procedimiento de este autor. La esponja, ligeramente untada con una grasa en su punta y desengrasada en el resto, se coje por medio de unas pinzas y se la introduce y empuja dentro del cuello hasta la altura que se quiera: si la esponja que se elije no es más gruesa que el conducto, entra con suma facilidad. La esponja ya colocada no debe sobresalir mucho del nivel del orificio externo, y aun es ventajoso que quede por encima de este, con lo cual tomará mejor su posición; si no quisiera permanecer siendo rechazada por el cuello, se mantiene por medio de una torunda de hilas ó de algodón llevada al fondo de la vagina.

La tienta-esponja debe permanecer colocada por lo menos durante diez ó doce horas, después de cuyo período se retira para ser reemplazada por otra de mayor calibre. Los efectos inmediatos de su permanencia en el útero son: 1.º una incomodidad que resiente la enferma en lo interior del aparato genital, pero que suele siempre ser soportable. 2.º la provocación de un flujo acuoso abundante sucio y de muy mal olor, que obliga á cambiar frecuentemente los paños porque se hace casi insoportable.

La esponja se retira por medio de unas pinzas y previa la colocación del espéculum, con lo cual se puede ver si ha estado aquello bien colocado, el grado de dilatación que ha producido y si ha dado lugar á alguna irritación de la mucosa del cuello: enseguida se retira con suavidad. Apenas extraída se retira el espéculum (si se usó el de Fergusson, con el de Sims no hay necesidad de retirarlo), y se introduce el índice dentro la cavidad del cuello para aprovechar los primeros momentos de la dilatación. El orificio externo se atraviesa con facilidad, pero es posible que no se alcance á vencer el interno, en cuyo caso no debe forzarse sino dejarlo para otra sesión. Cuando la segunda articulación del índice llega al nivel del orificio externo, la punta del dedo ha penetrado en la cavidad. En este caso mientras el dedo procura recorrerla la otra mano aplicada sobre el abdomen, comprime el útero, haciéndolo descender para que se ponga mejor al alcance del dedo que se ha introducido.

Como la presencia de la esponja produce un flujo muy desagradable, es menester, una vez colocado el espéculum, y antes de retirar la tienta, lavar bien el cuello del útero y la vagina por medio de un chorro de agua.

El empleo de este medio es muy incómodo, pues aparte los ligeros dolores de que hemos hablado, y que casi siempre se producen, es altamente repugnante para la enferma el olor fétido, nauseabundo en ocasiones que constantemente sigue al uso de la esponja preparada, por lo cual limitaremos su aplicación á los casos mas apremiantes y cuando no podamos por otro medio completar el diagnóstico. Accidentes graves no suelen sobrevenir, aun cuando hablan algunos autores de metritis consecutivas á la permanencia de las esponjas en el conducto cervical. Simps cree que cuando esto sucede depende de la entrada del aire en la matriz al tiempo de retirar la esponja, estando ampliamente dilatada la vagina. Algo de esto es posible, pero yo no he visto hasta ahora ninguno de estos accidentes.

Mas que para los reconocimientos me parece útil su empleo para el tratamiento de algunas enfermedades, y muy especialmente de las granulaciones fungosas del cuello, habiendo tambien obtenido buenos resultados en casos de hipertrofia total concéntrica del útero.

*Sobre las inyecciones intra-uterinas.*—Las inyecciones de líquidos medicamentosos dentro la cavidad del útero, es otro de los más modernos procedimientos de la terapéutica uterina. Practícanse como hemos dicho por medio de una pequeña jeringa construida segun el modelo de la jeringuilla de Pravaz, con objeto de poder medir exáctamente la cantidad de líquido que se introduce en el útero, teniendo para esto en cuenta lo exíguo de su cavidad, y la potencia modificadora de la sustancia que usamos. Generalmente se emplea la solución de percloruro de hierro, la tintura de yodo, la glicerina fenicada, las soluciones astringentes de sulfato de zinc, sulfato de sosa, clorato de potasa, etc., agentes todos dirigidos á modificar el estado de la mucosa uterina.

Las inyecciones intra-uterinas constituyen un medio poderoso para tratar ciertos accidentes graves como las fungosidades, las hemorrágias incoercibles, etc. pero es en opinion de algunos autores bastante peligrosa, para obligarnos á ser muy cautos en su uso guardándolo para los casos extremos y que han resistido á todas las demás medicaciones. Se atribuye á este procedimiento la facilidad de que el líquido inyectado suba por las trompas y vaya á inflammar el peritonéo, sin embargo no nos parece esto fácil, y lo probable es que los dolores, muchas veces vivísimos que resiente la mujer al hacerse la inyección, dependen mas bien de la irritación local de la mucosa por el contacto del líquido, que no del paso de este al peritonéo. Una de las razones que tenemos para creer esto,

es que, el dolor es casi siempre expulsivo, produciendo unos como calambres uterinos, muy parecidos á los dolores del aborto. Es cierto que alguna vez ha podido en realidad comprobarse el paso de algunas gotas de la inyeccion hasta el pabellon de la trompa y aun en la misma cavidad peritoneal, pero son hechos excepcionales.

Para evitar en lo posible tales accidentes, ha dado Guyon algunas reglas que pueden reducirse á las siguientes:

Cuando la inyeccion no se quiere que pase mas allá del cuello, introducir la jeringa en éste tan solo dos ó tres milímetros, que es lo suficiente para que participe de la inyeccion toda la cavidad cervical; cuando se quiere que penetre en el cuerpo, se procurará que el tubo de la jeringa sea muy delgado á fin de permitir el paso entre él y las paredes del cuello al líquido de retorno ó sobrante, finalmente la cantidad de líquido inyectada no debe pasar de cuarenta gotas para las matrices que no han estado en gestacion y de sesenta en las que han pasado por este estado.

El Doctor Avrard, ha inventado una sonda de doble corriente con el fin de impedir que un exceso de presion del líquido dentro de la cavidad uterina pueda forzarle á subir por las trompas. Valiéndose de ella para hacer las inyecciones, el líquido no hace mas que pasar por la cavidad mojando sus paredes, lo cual evita todo peligro, No se crea, sin embargo, que sea esta una modificacion de la sonda extraordinariamente importante. Yo no he usado nunca mas que la sonda ordinaria, y hasta ahora no he tenido ocasion de comprobar ni un solo caso de accidente desgraciado.

*Sobre la cauterizacion actual.*—En un tiempo no remoto, la cauterizacion del cuello del útero por medio del hierro candente, constituia la base del tratamiento de la mayor parte de las dolencias, desde las simples granulaciones y fungosidades hasta los tumores malignos. Hoy se han reducido mucho las indicaciones del fuego, y los casos en que se aplicaron bien determinados. Para cuando este caso llegue creemos que puede prescindirse de los cauterios ordinarios, cuyo aspecto horripila, y cuyo manejo es engorroso y largo. El medio preferible es en nuestro concepto el termo-cauterio de Paquelin, con el cual se pueden cumplir todas las indicaciones con una facilidad y una seguridad que nada dejan que desear.

En los casos en que se debe hacer la extirpacion del cuello, aconsejamos la gálvano-cáustia, que tiene la ventaja de producir con seguridad simultáneamente la eccion y la cauterizacion. El aparato de Cheron modificado por Mathieu, y una pila de bastante fuerza de Trouvé, producen el efecto deseado, por medio del hilo de platino que la corriente eléctrica enrojece, la colocacion es fácil,

la obtencion de la corriente no exige complicacion ninguna, y en muy pocos minutos queda terminada la operacion.

Tanto para el termo-cauterio, como con el hilo gálvano-cáustico, es prudente colocar un espéculum de corriente continua con el objeto de mantener una temperatura baja por medio del agua fria que por él circula y evitar así los efectos de la irradiacion. Sin embargo, cuando se trata de cauterizaciones rápidas con el termo-cauterio, como las que se hacen para tocar ciertas fungosidades, ó en los casos de hemorrágia del cuello, no hay absoluta necesidad de emplear el frio, y yo he hecho muchas veces semejantes cauterizaciones, sin otra defensa que el espéculum de Fergusson que uso de ordinario.

---

